UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BLENNORRAGIE CHEZ L'ENFANT

AU-DESSOUS DE DIX ANS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1922

PAR

Théodore GEORGUIEFF

Né à Doupnitza (Bulgarie), le 3 Février 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse — ESTOR, professeur, *Président.*
VEDEL, professeur
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
MARGAROT, agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BLENNORRAGIE CHEZ L'ENFANT

AU DESSOUS DE DIX ANS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0156

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 9

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BLENNORRAGIE CHEZ L'ENFANT

AU-DESSOUS DE DIX ANS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Juillet 1922

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Théodore GEORGUIEFF

Né à Doupnitza (Bulgarie), le 3 Février 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse — ESTOR, professeur, *Président.*
VEDEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
MARGAROT, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre, 3

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT
Physiologie	HÉDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et BAUMEL

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, *président.*	MM. LEENHARDT, agrégé.
VEDEL, professeur.	MARGAROT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE CHÉRI

Ma plus douce espérance, c'est de vous rendre en bonheur, dans l'avenir, tout ce que vous m'avez prodigué de sollicitude et de dévouement.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MA REGRETTÉE MÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection.

A MON BEAU-FRÈRE STEPHANNE MITCOFF

Faible témoignage de profonde reconnaissance.

A MADEMOISELLE L. LANET

Hommage de respectueuse affection.

T. GEORGUIEFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. WLADIMIROFF

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DE L'HOPITAL

A MES AMIS

T. GEORGUIEFF.

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, à l'heure où nous accomplissons dans cette chère Faculté notre dernier acte de scolarité, d'exprimer devant les Maîtres qui furent, au cours de nos études médicales, les guides les plus sûrs et les plus paternels, les sentiments de gratitude et de reconnaissance dont notre cœur déborde à cette heure. Mais il nous plaît de dire avant toute chose, que ces sentiments s'étendent au-delà de la Faculté où nous avons pris les premières clartés de la science médicale, à la ville de Montpellier, que nous ne quitterons pas sans regrets, et aussi et surtout à la France, que cinq années de séjour nous ont appris à connaître et partant à aimer et à admirer parce que c'est son exemple qui nous a appris à travailler. Le souvenir de ce pays si hospitalier, aux idées les plus nobles et les plus généreuses toujours accessible aux sentiments d'humanité, restera fidèlement et précieusement gravé au plus profond de nous-même.

L'idée de cette étude nous a été proposée par M. le professeur Estor, au cours d'une de ses matinées de travail à l'Hôpital Suburbain, pendant lesquelles il se met si patiemment et avec tant de bonté à la portée des jeunes étudiants ou de ceux à qui leur nationalité étrangère rend le travail plus difficile. L'étude de la blennorragie chez l'enfant n'est pas nouvelle; mais en éliminant les cas étudiés au-dessous de 10 ans, M. le professeur Estor nous a indi-

qué les particularités intéressantes résultant de ce jeune âge à tous les points de vue, et notamment ceux de l'étiologie et du traitement. Il sait combien la reconnaissance de tous les étudiants lui est fidèle.

M. le professeur Vedel a bien voulu accepter de faire partie de notre jury; nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier.

Et nous adressons aussi une pensée de gratitude à M. le professeur agrégé Leenhardt qui nous a conseillé dans notre travail: nous avions eu déjà l'occasion de nous féliciter d'avoir suivi assidûment en 1920 le cours de pathologie interne qu'il fait avec tant de clarté et d'intérêt. Nous avons reçu dans son service de l'Hôpital Suburbain un excellent accueil; le docteur Mlle Sentis voudra bien accepter aussi nos remerciements pour l'aide qu'elle a bien voulu nous donner.

Nous remercions aussi M. le professeur agrégé Margarot qui a bien voulu prendre place parmi les juges de ce dernier travail de notre scolarité.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

BLENNORRAGIE CHEZ L'ENFANT

AU-DESSOUS DE DIX ANS

INTRODUCTION — HISTORIQUE

Quelques Traités du commencement du XVIII[e] siècle, consacrés aux maladies des femmes et des enfants, signalent l'existence du fluor albus, du fluxus, des « fleurs blanches » chez les enfants (A. Epstein) ; ce phénomène est comparé à la menstruation précoce des enfants.

Vers la fin du XVIII[e] siècle sous l'influence de la théorie de Hunter (1767), l'écoulement génital des petites filles est attribué à la syphilis ; la contagion d'un écoulement vaginal purulent ou d'une conjonctivite blennorragique, suffit à Berlin pour faire diagnostiquer la syphilis.

Progressivement et sous l'influence des idées de Broussais, les écoulements génitaux sont conçus et expliqués, d'une façon diamétralement opposée ; dans une monographie de Rayer (1821), à côté des causes indirectes (malpropreté, corps étrangers, etc.), incrimine autant que causes principales des écoulements génitaux chez les enfants, la dentition, les troubles digestifs, la constitution lymphati-

que et assigne des limites très étroites à la contamination syphilitique.

En 1838 parut le Traité de l'Inoculation, synthèse de nombreuses publications et de leçons, dues au chirurgien du Midi, Ricord. Mais, cet auteur niait la nature virulente de la blennorragie; pour lui la blennorragie était encore une simple inflammation de la muqueuse uréthrale, pouvant se développer sous l'influence des causes les plus variées.

Le principe virulent fut découvert par Neisser, de Breslau, en 1879 et nommé gonocoque. En 1885, Bumm réussit à cultiver le gonocoque et à l'inoculer dans l'urètre humain sain. Le gonocoque a été trouvé dans les sécrétions de la conjonctivite blennorragique, dans le liquide articulaire et le sang des malades atteints de rhumatisme blennorragique, dans les sécrétions de la muqueuse utérine, le pus des trompes et le pus des abcès ovariens chez les femmes présentant la forme de gonorrhée dite ascendante; il a été encore constaté dans la vessie, dans les reins, dans le rectum; le gonocoque a été trouvé dans l'écoulement purulent de l'urèthre de petits garçons (Cséri, Rôna).

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, l'hygiène publique et l'hygiène privée ont largement profité de la découverte de Neisser.

En 1884, les médecins légistes et les médecins d'enfants ont commencé à s'occuper de la valeur diagnostique des gonocoques. A ce titre, nous devons mentionner les travaux de Aubert, de Amicis (1884), Lennander, Cséri (1885), V. Duch (1888), Dupré, Spaeth, Steinschneider (1889), Vibert et Bordas (1890), Epstein (1891), etc.

Au point de vue bactériologique on distinguait:

1° La vulvo-vaginite gonorrhéique (vulvo-vaginite à gonocoques, blennorrhagique, blennorrhagie - génito - urinaire);

2° La vulvo-vaginite catarrhale.

Désormais, l'histoire de la blennorrhagie chez l'enfant suit trois voies : l'une expérimentale et médico-légale, s'attache au gonocoque, à sa biologie, à ses cultures, à son action sur la muqueuse uréthrale, au mode de contamination ; l'autre, thérapeutique, utilise le perfectionnement des méthodes endoscopiques pour rechercher et poursuivre dans ses derniers repaires ce principe virulent et la troisième, prophylactique, plus spécialement encore propre à l'enfant, s'applique à chercher quelles influences morales peuvent éviter un danger si précoce.

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Il est aujourd'hui démontré que l'inflammation des muqueuses urétrale et vaginale reconnaît pour cause l'intervention de divers micro-organismes pyogènes, au premier rang desquels se trouve le gonocoque. Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, chez le petit garçon, l'urétrite est dans la plus grande majorité des cas, le produit de germes pathogènes vulgaires, comme le colibacille, les diverses variétés de staphylocoques, les streptocoques, etc., qui s'introduisent dans l'urètre par des mécanismes variés, ou y vivent habituellement en saprophytes. Par contre, en ce qui concerne les petites filles, sur 39 filles et 8 garçons, présentant un écoulement génital, la recherche de Moncorvo a donné 39 fois des résultats positifs à gonocoques. A en juger par ces chiffres, la vulvo-vaginite des petites filles revêt le plus souvent la forme gonorrhéique. Cette rareté relative des uréthrites des petits garçons, comparée à la bien plus grande fréquence des vulvo-vaginites chez les petites filles, s'explique par les conditions anatomiques : chez le petit garçon, le prépuce adhère au gland et le dépasse un peu, de sorte que la muqueuse et l'orifice de l'urèthre ne se trouvent pas exposés, ou bien ne sont plus tard découvert que sur une petite étendue ; de plus, l'appareil génital et l'appareil urinaire se terminant par un canal commun, les substances qui pénètreraient dans ce canal seraient balayées avec l'urine. Chez

la petite fille, on trouve une muqueuse étendue, pourvue d'anfractuosités et de replis nombreux, présentant par conséquent des conditions favorables à la pénétration des matières irritantes et infectieuses; les grandes lèvres sont aplaties; la fourchette manque quelquefois, de sorte que chaque grande lèvre se continue directement avec la fesse correspondante; le clitoris et les petites lèvres proéminent souvent entre les grandes lèvres. En somme, chez la petite fille, surtout chez la petite fille faible, la fente génitale est entre-baillée. La membrane hymen, qui est large et ferme presque complètement l'entrée du vagin, forme aussi une surface muqueuse étendue, et la petitesse relative de toutes les dimensions fait que toute cette région muqueuse devient encore plus accessible aux germes. Seul, l'orifice externe de l'urèthre est plus caché et mieux défendu, d'où fréquence de la vulvo-vaginite, et rareté de l'uréthrite.

Parmi les affections génitales des enfants, la vulvo-vaginite est la plus fréquente. Williams compte une proportion de 1 p. 100. La maladie s'observe généralement dans la seconde enfance; d'après une statistique que Jules Comby a publiée, il n'y avait que 21 cas jusqu'à 2 ans, et 130 cas au-dessus. (V. Société médicale des hôpitaux, 1891).

La contagion peut être directe dans tous les cas où il y a contact sexuel, imposé ou consenti, entre un enfant et une personne malade; ce sont les cas de viol, d'attentat à la pudeur ou des attouchements accidentels par imprudence; le vice précoce paraît devoir être peu invoqué dans les limites de notre sujet.

Mais le plus souvent, c'est par la voie indirecte que la contamination se réalise. *Dans la famille*, la transmission peut se faire par les éponges, les objets de toilette, les linges de corps, les linges de lit, souillés d'écoulement blen-

norrhagique (conjonctivite, vulvite, uréthrite). *A l'école publique,* les vases et les cabinets peuvent servir d'agents de transmission. *Dans les hôpitaux d'enfants,* même les plus proprement tenus, lorsque l'enfant est admis dans les salles communes, il arrive souvent que tous les enfants de la salle soient bientôt atteints de vulvo-vaginite blennorragique. Cette petite épidémie ne se cantonne pas dans une salle, mais passe d'une salle à l'autre. Très souvent, les filles déjà réglées sont épargnées. Comme véhicule de transmission, on peut incriminer les mains des infirmières ou des enfants eux-mêmes, les éponges, les serviettes, les baignoires, les cabinets, les vases de nuit, les matériaux de pansements et les instruments, surtout les thermomètres et les canules d'un appareil à lavements. *Les bains publics* ont été une cause de propagation de la maladie; on cite à ce propos le cas célèbre observé à Posen. Dans un établissement de bains publics de cette ville, après que des filles plus âgées, avaient pris leur bain, on y envoya des filles plus jeunes et deux ou trois jours après ces bains, il se déclara une sérieuse épidémie de vulvo-vaginite.

La pathogénie de l'uréthrite et de la vulvo-vaginite s'explique par l'action directe du gonocoque sur les muqueuses, et leur réaction; dans les cas de complications, le germe passe dans le sang et se trouve ainsi transporté aux points où il se fixe avec une sorte d'élection, ou bien il se propage de proche en proche, et par continuité de la muqueuse atteinte. Il est actif non seulement par lui-même, mais encore par les toxines qu'il sécrète et qui semblent avoir un rôle prépondérant dans les accidents articulaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons les données qui sont classiques pour la blennorragie de l'adulte, ainsi que pour les complications les plus fréquentes, étant donné que les lésions rencontrées chez l'enfant ne présentent pas de caractère particulier.

I. Sexe male. — Nous résumons les altérations histologiques trouvées pendant l'expérience de Finger, faite sur les trois moribonds dans son service et nous suivons la description donnée par Augagneur et Carle (1).

Le gonocoque déposé à la surface de l'urèthre attaque les cellules épithéliales, et pénètre dans les espaces intercellulaires. Cette attaque du revêtement épithélial provoque la diapédèse, premier acte de la réaction phagocytaire. Les globules blancs sortent des vaisseaux, se faufilent et s'accumulent dans les espaces interorganiques, leucocytes et gonocoques s'abordent, les premiers, pénètrent dans les seconds ou plutôt sont saisis par eux. Quelques gonocoques sont détruits, mais ceux qui résistent, entraînés par les leucocytes, pénètrent jusque dans le tissu conjonctif sous-épithélial. La congestion vasculaire, l'effraction des cellules par les micro-organismes, tuent les cellules épithéliales qui desquament; leur élimination produit l'écoulement muqueux du début. Puis la suppuration de l'é-

(1) Augagneur et M. Carle. Précis des maladies vénériennes, p. 36.

coulement résulte de la sécrétion incessante des cadavres des phlogocytes.

L'infection s'étend à la fois en surface et en profondeur. *En surface*, elle chemine du point d'inoculation jusque dans l'urèthre postérieur. *En profondeur*, elle va de l'épithélium dans le derme muqueux, et de la muqueuse dans le tissu conjonctif sous-muqueux. La pression de la *portion prostatique de l'urèthre* fait sortir des divers replis où se retranche l'agent pathogène, un liquide jaunâtre et purulent; on peut constater la présence d'abcès dans la prostate.

Le *canal déférent* est augmenté de volume, enflammé; autour du canal le tissu cellulaire est infiltré.

Les *vésicules séminales* présentent les mêmes lésions.

L'*épididyme* est rouge, augmenté de volume et semée de petits abcès blanchâtres; le tissu cellulaire forme de nombreux noyaux scléreux, reconnaissables à la palpation; l'inflammation est plus marquée vers la queue de l'épididyme que vers la tête; ce sont ces noyaux scléreux qui obstruent les canaux déférents et sont souvent la seule cause de la stérilité.

Le *testicule* présente des lésions de congestion; la *vaginale* réagit par exsudation provoquant un épanchement d'hydrocèle symptomatique, et souvent il se forme des néo-membranes (pachyvaginalite).

II. Sexe féminin. — *Vulve et vagin.* — La vulve est tuméfiée, rouge; les petites lèvres sont tendues, luisantes; le clitoris est invisible, enfermé sous un capuchon œdématié; on observe sur la vulve des érosions épithéliales et même des ulcérations, très fréquentes dans notre cas chez la petite fille. Dans le vagin, les papilles sont hypertrophiées, infiltrées de petites cellules embryonnaires (vaginite gra-

muleuse). L'épithélium qui revêt ces papilles prolifère à son tour; très souvent, la muqueuse est tachetée par des érosions. Les glandes de Bartholin ainsi que leurs conduits participent à l'inflammation; très souvent, elles sont le siège d'abcès.

Urèthre. — Le méat est rouge, enflammé, souvent entouré par une couronne de 15 à 20 follicules para-uréthraux enflammés et suppurants.

Col de l'utérus. — Sa muqueuse surtout autour de l'orifice cervical est enflammée, rouge; les lèvres sont boursouflées; plus tard on peut voir des érosions à contours irréguliers, à fond villeux, donnant du pus.

Métrite aiguë simple. — « L'utérus est mou, gros et congestionné (exsudats périmétriques, péritonite) ; sa muqueuse est épaissie, tomenteuse, avec suffusions hémorragiques; à la surface, il y a un enduit muco-purulent; l'épithélium de surface est discontinu (desquamation) ; dans le chorion de la muqueuse les vaisseaux sont très dilatés: il y a afflux de leucocytes polynucléaires, diapédèse des vaisseaux et forment un manchon autour d'eux; au niveau des glandes, il y a deux lésions combinées: 1° nécroses glandulaires (certaines glandes), et 2° hyperplasies glandulaires (certaines glandes); au niveau du parenchyme utérin, il y a lymphangite transpariétale » (du cours de M. le professeur Massabuau, de Montpellier, 1921). Les métrites aiguës suppurées sont rares.

Les *annexes* (trompes, ovaires) présentent des lésions d'inflammation; il y a transformation scléreuse des ovaires.

III. Chez les deux sexes. — *Vessie.* — C'est l'aspect classique de la cystite; les lésions prédominent au niveau du col.

Articulations. — Dans la forme mono-articulaire aiguë, il y a augmentation de volume des extrémités osseuses et il y a dans l'articulation du liquide abondant et clair; on y trouve rarement des gonocoques; l'évolution peut se faire vers: l'arthrite plastique ankylosante le plus souvent ou l'arthrite suppurée, relativement rare.

Conjonctivite blennorragique. — La conjonctive est rouge, injectée, richement vascularisée, œdématiée surtout au niveau des culs-de-sac; souvent la conjonctive est couverte par un enduit grisâtre, diphtéroïde, tenace. La cornée est injectée ou, au contraire, opaque et trouble; ces lésions tendent à évoluer vers le leucome. Chez le nouveau-né, on observe souvent une ulcération et consécutivement une perforation de la cornée; larmoiement purulent abondant, la panophtalmie (fonte purulente de l'œil) n'est pas rare.

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

J. P..., âgé de 5 ans, entre à l'hôpital, le 27 juin 1922 pour phimosis, accompagné d'écoulement purulent par l'orifice préputial, avec mictions douloureuses.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier. L'enfant est malade depuis un mois. A ce moment il se plaint de souffrir quand il urine; on constate un écoulement purulent par l'orifice du prépuce; on remarque en même temps le phimosis jusque là inaperçu, Après quelques temps d'expectative, on se décide à montrer l'enfant au médecin, qui l'envoie à l'Hôpital de Montpellier.

Examen. — L'enfant est malingre et pâlot. L'inspection montre une verge tuméfiée et rouge; il semble que cette inflammation intéresse tout le fourreau. De plus, l'orifice préputial très étroit et très congestionné, laisse sourdre du pus en assez grande abondance. Le prépuce est long. A l'examen microscopique direct de ce pus prélevé sur une lamelle et coloré par la méthode de Gram, on reconnaît une multitude de gonocoques, en telle quantité que les préparations sont conservées au laboratoire comme spécialement démonstratives.

On traite ce malade par des injections de nitrate d'argent au millième autour du gland, le méat étant inaccessible. Les jours suivants, il nous fait facile de constater que les mictions sont douloureuses et font pleurer le petit malade.

Le 30 juin, intervention: circoncision (l'opération est réalisée par M. le professeur Estor). Le gland découvert, apparaît sans signes importants de balanite; la muqueuse est seulement congestionnée ; l'excrétion d'arrière en avant du canal uréthral, amène du pus au méat et confirme la présomption d'uréthrite.

Suites opératoires: gros œdème de la verge en totalité ; cicatrisation satisfaisante. L'écoulement persiste. Le troisième jour, on tente une injection à canal ouvert de permanganate de potasse à 1 p. 5000. L'injection ne pénètre pas; une sonde cannelée introduite rencontre un obstacle après 1 centimètre de pénétration.

Nous avons cherché à préciser le mode de contamination: cet enfant se trouvait en vacances depuis deux mois chez son grand-père où il vivait avec une tante de 18 ans, que l'on affirme ne pouvoir être soupçonnée et avec deux oncles de 20 à 25 ans, qui nient toute blennorragie. Il a été à l'école; l'instituteur interrogé ne peut porter de soupçons sur aucun de ses élèves.

Observation II

(Inédite)
(Due à l'obligeance de M. le professeur Estor)

B. J..., âgée de 6 ans, entre à l'hôpital le 5 août 1912 pour douleur au genou gauche et pertes verdâtres abondantes par la vulve.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est traitée dans le service de M. de Rouville, pour salpingo-ovarite.

Examen. — En observant la vulve, on reconnaît un écoulement abondant de la vulve, et par l'orifice vaginal, étiqueté vulvo-vaginite blennorragique. Le genou gauche de la malade, dont elle se plaint, est légèrement tuméfié, douloureux à la mobilisation et spontanément; il est en flexion légère.

Traitement. — On fait des injections vaginales biquotidiennes au permanaganate de potasse; on fait des applications de teinture d'iode sur le genou avec pansements compressifs. On donne de l'urotropine par la bouche et l'on tient la malade au régime lacté.

Suites. — Le 30 août, la malade sort guérie; sous l'influence du traitement, les pertes ont disparu peu à peu et les symptômes articulaires se sont évanouis.

Nous avons cherché à préciser le mode de contamination et dû nous en tenir aux discours de la mère, d'après lesquels la malade aurait été contaminée par une de ses amies.

Observation III

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Leenhardt)

La jeune B..., 7 ans, a toujours été bien portante jusqu'il y a trois mois. Rougeole à 3 ans. Coqueluche à 5 ans.

Il y a trois mois, l'enfant a présenté des taches sur son linge qui ont attiré l'attention de sa mère; taches vert jaunâtre empesant le linge. En même temps l'enfant se plaignait d'éprouver des cuissons et de fréquents besoins d'uriner.

Pendant trois mois, la mère se contente de faire des lavages matin et soir; les pertes se prolongèrent à peu près

régulièrement chaque jour, mais devant une recrudescence de cuissons, elle se décide à amener son enfant devant un médecin.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal aux différents appareils. Rougeur très marquée de la vulve des grandes lèvres, un pus jaune verdâtre, très épais, s'écoule hors du vagin par la pression sur le périnée. L'examen de ce pus donne du gonocoque en abondance.

De l'enquête faite au sujet de l'origine de ce gonocoque, il ressort que la contamination a dû être faite par les objets de toilette, communs à la mère et à l'enfant. La mère a présenté, il ya deux ans, d'abondantes pertes blanches, qui, quoique diminuées, persistent encore aujourd'hui. L'examen de ces pertes n'a pu être pratiqué.

Un traitement régulier d'injections est institué. L'enfant reçoit trois injections par jour avec une sonde urétrale n° 18 qui est enfoncée dans le vagin à travers l'orifice de l'hymen. Ces injections sont faites avec de l'eau oxygénée à 12 volumes diluée à 1/5, alternées avec une solution de permanganate de potasse à 0,50 p. 1000. En même temps, un régime fortifiant, de la teinture d'iode à doses progressives jusqu'à L gouttes par jour sera fait.

Sous l'influence de ce traitement, les pertes blanches ont rapidement cessé. Revue un mois après, les pertes ont presque complètement disparu. L'enfant a augmenté d'un kilo. L'examen bactériologique du pus révèle encore de nombreux gonocoques.

Un mois après ce second examen, les pertes ont complètement disparu; l'enfant se porte tout à fait bien; on peut la considérer comme guérie.

L'enfant revue à plusieurs reprises depuis lors, maintient sa guérison.

Observation IV

(Inédite)

(Due à l'obligeance de Mlle le Dr Sentis)

C. C..., 9 ans.

Le 5 octobre 1921, l'enfant s'amusant avec un nègre, est touchée aux parties génitales par cet homme qui venait d'effectuer une miction. Le nègre en question était atteint d'une blennorragie en activité avec orchite.

Le 7 octobre, l'enfant présente une abondante leucorrhée avec érythème étendu des fesses, des cuisses, vives douleurs abdominales avec contracture de la paroi.

A l'examen, le pus fourmille de gonocoques.

Traitement. — Lavages vaginaux avec permanganate de potasse à 1 p. 2000 le matin et lusoforme une cuillerée à café pour deux litres le soir. Rester au lit, régime lacté, compresses froides sur le ventre.

Le 22 octobre, il y a encore quelques gonocoques dans le pus. On donne une injection quotidienne de permanganate à 1 p. 3.000 tous les deux jours; une injection de nitrate d'argent à 1000 pendant six jours.

Le 24 novembre, la leucorrhée a cessé; un prélèvement vaginal montre seulement de grandes cellules épithéliales dans lesquelles sont incluses quelques microbes à Gram positif. On continue une injection de 1 litre quotidienne, avec une cuillerée à café de lusoforme.

Trois mois après: à aucun moment la leucorrhée n'a reparu; l'enfant ne souffre pas du ventre.

ETUDE CLINIQUE

Nous ne voulons pas ici rentrer dans le détail de l'étude clinique de la blennorragie, mais seulement résumer brièvement les principaux symptômes et caractères qui différencient celle de l'enfant au-dessous de 10 ans de celle de l'adulte.

I. Chez le garçon. — Il est impossible de préciser la durée exacte de la période d'incubation de l'uréthrite blennorragique, étant donné qu'on ne peut pas se rendre compte de la date de la contamination indirecte.

La durée de la période de début est de deux à trois jours; elle est marquée par des chatouillements localisés dans la fosse naviculaire, par une sensation de brûlure et même une véritable douleur à la miction; le méat est devenu rouge; la glande se tuméfie; par la pression sur la fosse naviculaire apparaît un simple suintement, peu abondant, d'un liquide clair, muqueux, légèrement filant entre les doigts, pour devenir ensuite opalin, épais et former une véritable goutte.

La durée de la période d'état est de deux à trois semaines; l'écoulement est devenu abondant, purulent, épais, jaunâtre et se produit d'une manière continue dans l'intervalle des mictions; il empèse le linge et le colore en jaune; au microscope, on trouve des leucocytes polynucléaires et des gonocoques en abondance, formant surtout des groupes intra-cellulaires; le gland est rouge, tendre,

douloureux au toucher; le prépuce, dans les cas de phimosis congénital a son limbe rouge, macéré; la douleur spontanée consiste en une sensation de brûlure, de cuisson au canal; les douleurs provoquées sont plus pénibles et plus violentes que les spontanées; la miction est augmentée de fréquence et s'accompagne de douleurs, peu prononcées; l'enfant pleure et se plaint, et l'attention reste assez longtemps sans se fixer sur la cause vraie de ces pleurs.

La durée de la période de déclin et terminale est de deux à trois semaines. Tous les symptômes de la période d'état s'améliorent parallèlement; la douleur spontanée disparaît la première; les mictions deviennent moins pénibles et moins fréquentes; l'écoulement devient jaune-blanc, puis muqueux, la quantité diminue; au microscope, on voit des globules de pus, de nombreuses cellules épithéliales, dont certaines contiennent de petits amas gonococciques; ce sont des petites cellules polyédriques à gros noyaux.

Les complications locales, telles que les littrites et folliculites suppurées, la cowpérite, la prostatite, la vésiculite, l'épididymite, sont rares, étant donné que l'activité de ces glandes est encore faible à cet âge. Le plus fréquemment, on observe de la balanite, favorisée par la fréquence du phimosis congénital, la rétention d'urine, la cystite, l'urétéro-pyélite ascendante, le phimosis et paraphimosis inflammatoires, et le rétrécissement de l'urèthre. Les complications à distance sont rares. Comme infection secondaire, il faut signaler la conjonctivite blennorragique, qui peut succéder au transport accidentel du pus dans les yeux de l'enfant et qui est d'une gravité toute particulière pour l'avenir de la vision.

II. Chez la petite fille, les manifestations cliniques de la vulvo-vaginite blennorragique sont constituées par des symptômes objectifs et subjectifs du côté de la vulve, du vagin, de l'urèthre et du col de l'utérus.

L'écoulement. — Quand l'infection est intense, la vulve est baignée d'un liquide purulent, abondant, crèmeux, de consistance épaisse, de couleur verdâtre, quelquefois fétide et accumulé sous forme de couches épaisses. Quelquefois les deux grandes lèvres sont accolées l'une à l'autre par le pus desséché présentent des bords rouges couverts de croûtes purulentes. Sur le linge, le pus en se desséchant forme des taches verdâtres qui empèsent le linge et se morcellent au contact en lamelles fines. L'écoulement peut déterminer une irritation locale de la face interne et supérieure des cuisses et même envahir la rainure interfessière et provoquer un érythème eczémateux. La quantité de l'écoulement est variable non seulement suivant les cas, mais varie encore chez la même malade; dans les cas chroniques, la sécrétion de pus est très peu abondante; l'examen bactériologique du pus rélève la présence du gonocoque.

La vulvite. — Les grandes lèvres sont rouges, tuméfiées, couvertes de nodules eczémateux, d'excoriations ou de petites ulcérations; le clitoris est invisible; les petites lèvres, l'hymen, le vestibule du vagin sont tendus, luisants, tuméfiés, érodés; l'orifice uréthral fait hernie sous forme de bourrelet. D'une façon générale, on peut dire que toute la muqueuse vulvaire participe à l'inflammation. D'après Fischer, les glandes de Bartholin participeraient à l'inflammation dans un tiers des cas. Dans les cas chroniques, les phénomènes inflammatoires sont moins accentués, ou même font complètement défaut.

La vaginite. — Il est prouvé aujourd'hui que l'inflammation gonorréique s'étend dans le vagin. Dans les cas où le vagin peut être vu, on trouve sa muqueuse rouge tuméfiée, tachetée par des érosions

Atteintes du col de l'utérus. — L'opinion des auteurs est divisée en deux. Suivant les uns, il n'y aurait pas de participation du processus gonorrhéique au niveau de l'orifice externe du col. D'après les autres, le canal cervical serait toujours pris dans la vulvo-vaginite blennorragique des petites filles.

L'uréthrite. — D'après A. Epstein, dans la plus grande majorité des cas, l'urèthre ne participe pas à l'inflammation, car pendant les premières années de la vie, l'orifice uréthral se trouve relativement caché derrière la partie supérieure de l'hymen et est, de ce fait, mieux protégé contre l'infection.

En cas d'uréthrite, on observe une tuméfaction de l'orifice uréthral, un écoulement muco-purulent; la muqueuse est congestionnée, tuméfiée; en comprimant l'urèthre contre le pubis, on fait apparaître une gouttelette de pus ; l'examen microscopique relève la présence du gonocoque; les mictions sont fréquentes et il y a difficulté pour uriner. Le plus souvent, l'inflammation se limite à la partie antérieure de l'urèthre.

Etat général. — Dans la plupart des cas, on n'observe aucune modification de l'état général; Dans d'autres cas, surtout dans les gonorrhées à début aiguë, on observe pendant les premiers jours de la fièvre, agitation, insomnie, anorexie, constipation; l'enfant est pâle, comme flétrie. Il y a une difficulté pour marcher.

La durée de la période de déclin et de terminaison est d'habitude de deux à trois semaines. Mais, très souvent, la maladie passe à la chronicité. Dans ce cas, la durée de l'écoulement est très variable: on peut voir la maladie disparaître pendant des mois et revenir ensuite ; d'après Bumm, le gonocoque peut conserver sa virulence pendant cinq, dix ans et même davantage.

Complications. — L'endométrite, la salpingite, la péritonite, la cystite, l'urétéro-pyélite, l'adénite inguinale et la rétention d'urine sont des complications rares. On a publié un cas de blennorragie ano-rectale chez la petite fille. En outre, la septicémie blennorragique est relativement rare. Ce fait est d'autant plus étonnant que nous savons combien les enfants sont susceptibles de contracter une septicémie quelconque. Néanmoins, l'arthrite blennorragique se rencontre et se manifeste le plus souvent dans les petites articulations des doigts et des poignets; elle est relativement rare, mais on peut l'observer dans des articulations plus grosses: nous venons de signaler un cas inédit d'arthrite du genou gauche. Comme chez le petit garçon, l'importance de la conjonctivite blennorragique est considérable; c'est une complication difficile à prévenir chez un malade aussi turbulent qu'un enfant, et d'un pronostic local toujours sérieux.

PRONOSTIC

En comparaison de ce qu'il est chez l'adulte, le pronostic est peu grave. Il dépend essentiellement des complications qui, *chez le petit garçon,* comme nous l'avons vu plus haut, sont très rares. On peut signaler ici la fréquence relative du rétrécissement de l'urèthre. Kammer de New-York l'a constaté chez un enfant de 3 ans, six mois après le début de la blennorragie. La stérilité, quoique exceptionnelle est toujours possible et redoutable quand il y a une double épididymite.

Chez la petite fille, dans la forme ascendante de la blennorragie et les complications qui en résultent, telles que métrites, salpingites, ovarites séreuses ou purulentes, le pronostic est moins favorable; d'après Jean Laborde, il se produirait une oblitération des trompes, très facile chez l'enfant dont les annexes sont facilement perméables, ce qui constitue un fait fort important, puisqu'il nous mettrait en présence d'une stérilité, qui ne reconnaîtrait d'autre cause que la négligence des parents ayant méconnu, chez une fillette l'importance d'une vulvo-vaginite (1).

Chez les deux, la conjonctivite blennorragique secondaire est particulièrement à craindre.

---

(1) Jean Laborde. Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles Thèse de Paris, 1896.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut être établi d'après des éléments cliniques; il doit, et surtout, être fondé sur l'examen microscopique de l'écoulement. Il portera sur trois points:

I. *Le diagnostic de la cause* repose sur l'interrogatoire relatif à l'habitus de l'enfant; il faut s'enquérir de la santé de l'entourage de l'enfant: le père, la mère, les frères, les sœurs aînées, les domestiques, seront interrogés séparément. Cette notion de cause est délicate et souvent difficile à préciser. Elle acquiert une grande importance en médecine légale. Dans ce dernier cas, il faut examiner les caractères et nature de l'écoulement; les déchirures ou seulement les parties traumatisées, suivant le cas, du côté de la vulve, le vagin, l'hymen, le périnée; la présence ou l'absence de taches de sperme, de traces de violences. De plus, il faut examiner, à bref délai l'inculpé supposé et en cas de doute, la présence ou l'absence de gonocoque chez l'inculpé et la victime tranche souvent la question.

II. *Diagnostic de la nature.* — Dans l'uréthrite gonococcienne l'écoulement apparaît entre le deuxième et le troisième jour après la contamination, accompagné de sensation de cuisson; il est caractérisé par une grande acuité et par une grande ténacité.

1° L'*uréthrite non gonococcienne* revêt le plus souvent la forme de l'uréthrite subaiguë.

2° « *La vulgo-vaginite spontanée* est rare chez l'enfant. Elle n'apparaît qu'au moment de la dentition, à l'occasion d'une maladie aiguë, et plus souvent sans cause appréciable. Elle se présente sous forme chronique: alors, elle se manifeste exclusivement par un écoulement muqueux blanchâtre, leucorrhéique; ce sont « les fleurs blanches », analogues à celles de la femme et qui paraissent sous la dépendance d'un état constitutionnel (lymphatisme, anémie). Mais, souvent la vulvo-vaginite spontanée revêt plus ou moins la forme aiguë. Dans ce second cas, l'écoulement est formé par du muco-pus, quelquefois liquide, quelquefois épais, tenace, visqueux, adhérent à la peau sur laquelle il forme des croûtes; la muqueuse est d'un rouge ordinairement peu vif, quelquefois même elle est pâle ;l'enfant ne souffre que peu ou pas » (docteur Ch. Vibert, Médecine légale).

3° *Les ulcérations chancreuses* se reconnaissent facilement par leur fond grisâtre, granuleux, purulent.

4° *L'herpès,* à ses vésicules et ses croûtes.

5° *Le prurit essentiel,* n'est pas accompagné de rougeurs, ni d'écoulement.

6° *Les vulvites médicales* (vulvite diphtérique, vulvite aphteuse de Parrot, la vulvite gangréneuse) sont facilement éliminées par l'affection primitive et leur aspect clinique.

Dans tous ces cas, il sera nécessaire d'aller exprimer avec le doigt, si possible introduit dans le vagin, la goutte qui stagne dans l'urèthre.

III. *Diagnostic du siège.* — Un examen clinique très attentif résoudra cette question, et d'habitude ne souffre guère de difficultés.

N. B. Examen microscopique. — On ne pourra poser un diagnostic formel qu'avec l'aide du laboratoire : sur une préparation du pus blennorragique, colorée par le bleu phéniqué, on voit le gonocoque sous l'aspect de diplocoque, dont les deux éléments ont la forme de graines de café, s'opposant leurs faces planes ; ils sont groupés en amas de 4,8 diplocoques ; pour la plus grande partie, ils sont intra-cellulaires. Le gonocoque de Neisser ne prend pas le Gram. En faisant la double coloration Gram-Nicolle, on voit alors les globules de pus, les cellules épithéliales et tous les microbes décolorés par le Gram (y compris les gonocoques) sont teintés en rouge. Les micro-organismes qui ont pris le Gram sont colorés en brun foncé.

TRAITEMENT

L'étude détaillée du traitement ne saurait rentrer dans le cadre de ce travail; aussi, serons-nous très bref et n'indiquerons-nous seulement que le traitement curatif de l'uréthrite blennorragique aiguë, laissant de côté le traitement abortif, l'enfant se présentant le plus souvent en pleine période d'état.

I. *Chez le petit garçon,* dans le cas d'uréthrite. Supprimer tout alcool: vin, bière; pas de viande et salaisons, ni mets épicés. Donner du lait, de l'eau, des tisanes diurétiques, des alcalins, urotropine à faible dose, suivant l'âge; ne pas négliger l'antisepsie urinaire. On pratique deux fois par jour des lavages de l'urèthre antérieur; on peut recourir aux grands lavages à l'aide d'un bock et d'une canule de Janet à bout conique, 500 grammes à 1 litre d'une solution de permanganate de potasse à 1 p. 2000 ou plus faible encore, et que l'on augmente progressivement; au bout de deux semaines, si l'écoulement paraît amicrobien, on fait un grand lavage par jour avec un litre d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 1000, ou bien on fait une instillation dans l'urèthre antérieur d'une solutio de protargol à 1 p. 100.

La durée du traitement est de trois à quatre semaines selon les cas; mettre le malade en observation encore quinze jours.

Les stocks-vaccins peuvent être employés avec succès dans les cas d'arthrite blennorragique.

En cas de phimosis, on fera la circoncision sans tarder, sans se laisser effrayer par l'écoulement (professeur Estor).

II. *Chez la petite fille,* vulvo-vaginite. On conseillera le repos au lit; on couvrira la vulve avec des tampons d'ouate antiseptiques par exemple avec une solution glycérinée de tannin à 1 p. 25; on donnera des bains de siège astringents; on fera des lavages et irrigations biquotidiennes de la vulve et du vagin avec une solution d'acide borique à 2 p. 100 ou mieux avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 2.000, alternées avec de l'eau oxygénée à 12 volumes, diluée au 1/5; l'enfant sera placé dans une position convenable; l'irrigation sera faite avec l'irrigateur et la sonde de Nélaton, s'il faut atteindre le vagin; après chaque irrigation, on introduira tous les jours ou tous les deux jours, à travers l'orifice hyménéal, un crayon modificateur contenant 10 centigrammes de salol ou de créoline par gramme de beurre de cacao (Jules Comby); pour faciliter l'écoulement du vagin, on a proposé de pratiquer des scarifications sur la membrane hymen ou de l'exciser sous la cocaïne (1). On peut faire pendant six jours, une fois par jour, un attouchement avec nitrate d'argent à 0,50 p. 100 ou avec l'ichtyol en solution aqueuse à 1 p. 1.000; le sublimé, à 0,1 ou 0,2 p. 1.000; l'acide borique à 20 ou 30 p. 1.000, etc. (A. Epstein).

Cahen-Brach a traité la muqueuse uréthrale par des applications locales, soit sous forme d'antrophores ou de suppositoires au beurre de cacao. Il a même essayé de

(1) Docteur Isaac A. Abt, Chicago. Vulvo-vaginite chez les enfants.

cautériser la muqueuse uréthrale avec le crayon de nitrate d'argent mitigé (A. Epstein).

La vaccination n'a pas donné de résultats satisfaisants.

Sous l'influence de ce traitement l'écoulement disparaît au bout de six à sept semaines; mais il arrive souvent aussi que la guérison n'est complète qu'après plusieurs mois de traitement, étant donné d'une part la ténacité du gonocoque et d'autre part les conditions dans lesquelles on fait parfois ce traitement même.

En cas d'anémie et d'amaigrissement général, on donnera à l'intérieur le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, un régime fortifiant, ainsi que des bains sulfureux seront prescrits.

Chaque complication nécessite un traitement spécial, médical ou chirurgical, suivant les cas, dans les détails desquels nous ne pouvons pas rentrer ici.

Prophylaxie. — Au cours de la blennorragie, il faut brûler systématiquement le linge ayant servi aux pansements; il faut donner des conseils au petit malade contre les dangers d'une contamination secondaire des yeux.

La prophylaxie proprement dite doit être examinée au triple point de vue.

1° *Education et hygiène dans la famille.* — En cas qu'un membre de la famille serait atteint de blennorragie (uréthrite, vulvo-vaginite, conjonctivite), il faudra attirer son attention sur les dangers dont cette maladie le menace, lui et les siens au cas où son imprudence les laisserait contaminer; le malade aura son lit à part, son vase de nuit, sa serviette de toilette; son linge sera lavé à part; toutes les personnes qui le soignent et lui-même devront se désinfecter fréquemment les mains. Il évitera de laisser s'approcher de lui les petits enfants pour jouer, etc.

2° *Education sexuelle précoce de l'enfant.* — Cette question, importante chez l'enfant approchant de sa quinzième année, perd de son utilité à mesure que l'on envisage un âge inférieur. Elle ne pourra être efficace, dans les cas que nous envisageons, qu'indirectement; l'enfant semble devoir être tenté de porter moins souvent la main à ses parties génitales, si l'on cesse de les lui présenter comme des parties « honteuses » de l'individu.

3° *Chez le garçon: circoncision.* — On aura tout avantage à pratiquer dès le premier âge, la circoncision systématiquement, suivant l'usage israélite; il est bien certain que la propreté ne peut qu'en bénéficier, et que plus tard les risques de balanite et d'inoculation syphilitique, comme ceux de la contamination gonococcique, en seront diminués: c'est supprimer une chambre de culture de choix.

CONCLUSIONS

I. — La blennorragie chez l'enfant au-dessous de 10 ans est assez fréquente chez la petite fille, rare chez le petit garçon.

II. — Dans la plupart des cas, l'infection est due à une contamination accidentelle, indirecte.

III. — Le diagnostic est rarement posé au début; c'est relativement tard que le médecin sera appelé à donner ses soins.

IV. — Dans l'état atuel de nos connaissances, seul l'examen microscopique pose le diagnostic formel de la nature gonococcique de la maladie.

V. — La blennorragie est relativement bénigne chez l'enfant. Toutefois, le pronostic doit être toujours réservé: la menace de la stérilité pèse sur tous ces petits malades; la cécité est souvent la conséquence des accidents oculaires.

VI. — L'éducation morale et hygiénique des familles, si elle était bien assurée, devrait éviter radicalement toute contamination blennorragique chez l'enfant au-dessous de 10 ans.

BIBLIOGRAPHIE

Traité classique de MM. Rilliet et Barthez. Maladies des enfants, t. II, p. 130 (1853).

Art. urethrite et vulvo-vaginite des Traités :

a) *Traité des maladies de l'enfance, de* MM. Grancher, Comby, Marfan.

b) *Traité des maladies de l'enfance,* de M. Jules Comby.

c) *Maladies des enfants,* de M. Hutinel.

d) *Traité des maladies de l'enfance,* t. III, de M. Epstein (A.).

Précis de pathologie chirurgicale de MM. Bégouin. Bourgeois, Pierre Duval, Gosset, Jeanbrau, Lecène, Lenormant, Proust, Tixier.

Précis de médecine légale de M. le docteur Ch. Vibert.

Précis des maladies vénériennes de MM. V. Augagneur et M. Carle.

Archives de médecine des enfants, 1914, p. 355.

Smol-Izansky. — Complications de la vulvo-vaginite des petites filles. Thèse de Paris, 1909.

Archives de médecine des enfants, 1891.

Cahen-Brach. — Die Urogenital blennorrhoe der Kleinen Maedchen. Jahr. f. Kind. N.-E., XXXIV, p. 369-410.

Comby (J.). — Etude sur la vulvovaginite des petites filles. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp., 17 juillet, 1891.

Epstein (A.). — Ueber vulvo-vaginitis gonorrhoica bei Kleinen maedchen. Arch. f. Dermath. Syph., XXIII 1891.

Faille. — Vulvo-vaginite. Thèse de Paris, 1880.

Laborde. — Contribution à l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Thèse de Paris, 1896.

Marfan. — Le rhumatisme blennorragique. Gaz. des hôpitaux, 1888.

Martineau. — De la vulvite. Franc méd., 1880.

Ollivier (A.). — La vulvo-vaginite des petites filles. Ac. de Méd., 1885, 23 oct.

— Le Conc. méd., 1888, 3 nov. Rhum. blenn. chez une petite fille de 2 ans. Méd. mod., 1891, vol. II, p. 485.

Souplet. — La blennorragie, maladie générale. Thèse de Paris, 1893.

Veillon et Halté. — Etude bactériologique des vulvo-vaginites chez les petites filles. Arch. de méd. expérim., mai 1896.

Apert et Froget. — Blennorragie chez un garçon de 10 mois; œdème inflammatoire à gonocoque du cuir chevelu. Société de pédiatrie, 16 mai 1906.

Valentine (M.-F.). — De l'instruction des jeunes gens concernant l'hygiène sexuelle. New-York medical journal, 10 février 1906.

Isaac (docteur A. Abt) de Chicago. — Vulvo-vaginite chez les enfants. The urologie and cutaneous Review, avril 1916, p. 201.

Walter Bieberbach (docteur), de Worcester Massachusets (Etats-Unis). — Blennorragie chez deux petits garçons. The Boston medical and surgical journal.

Archives de médecine des enfants, Paris 1914, p. 355.

La Presse médicale, 1910, p. 48.

— 1921, p. 1573.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude de la Blennorragie chez l'Enfant, au dessous de dix ans.

Par M. Théodore Georgueieff

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 15 juillet 1922.

Le Professeur,
ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 15 juillet 1922.

Le Doyen,
DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 15 juillet 1922.

Le Recteur,
Jules COULET.